

FORMULARIO DE TRAMITACIÓN DE BAJAS NO LABORALES (IT)

Para la **tramitación al seguro** de las bajas por Incapacidad Temporal, es **imprescindible rellenar este formulario** y adjuntarlo como cabecera de toda la documentación médica.

Este formulario y toda la documentación aneja, se tiene que enviar al mediador del seguro por correo electrónico a siniestros.fssccoo@borrellpinyol.com o bien **por fax al número 973 27 86 57** en un **plazo máximo de 7 días** a partir de la fecha de la baja médica.

Datos personales. (SE DEBEN RELLENAR TODOS LOS CAMPOS):

Nombre:	<input type="text"/>		
Apellido 1:	<input type="text"/>		
Apellido 2:	<input type="text"/>		
DNI:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Fecha de nacimiento. (DÍA/MES/AÑO)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Fecha de baja. (DÍA/MES/AÑO)	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Teléfono móvil.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de cuenta corriente donde hacer el ingreso:			
(Entidad)	(Oficina)	(D.C):	(Núm. de cuenta)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Documentación a adjuntar inicialmente (MARCAR CON UNA CRUZ)

Parte de baja médica con el diagnóstico:	Si	<input type="checkbox"/>
Informe médico donde conste el motivo de la baja (EN CASO DE QUE EL DIAGNÓSTICO SEA GENÉRICO (ENFERMEDAD COMÚN))	Si	<input type="checkbox"/>

Con posterioridad se tendrán que adjuntar los partes de confirmación de baja (número 1, 2, 3 o 4) y el comunicado de alta médica, siempre que esta sea anterior a los 20 días desde la fecha de inicio de baja.

Fecha del parte de alta. (DÍA/MES/AÑO)

 / /

Firma:

Localidad:.....

Fecha:.....